

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 165

LES GREFFES

PAR SEMIS DERMO-ÉPIDERMiques

(PROCÉDÉ DE P. ALGLAVE)



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Charles SHIRTLIFFE

Né à Macheoul (Loire-Inférieure), le 11 Juillet 1890

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

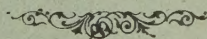
ESTOR, professeur. *Président*

MASSABUAU, professeur.

RICHE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

109, rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

LES GREFFES
PAR SEMIS DERMO-ÉPIDERMiques

(PROCÉDÉ DE P. ALGLAVE)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 165

LES GREFFES

PAR SEMIS DERMO-ÉPIDERMiques

(PROCÉDÉ DE P. ALGLAVE)

— * —

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Charles SHIRTLIFFE

Né à Machecoul (Loire-Inférieure), le 11 Juillet 1890

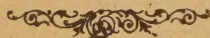
CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *Président*.
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées ..	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine ...	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
	MARGAROT.		GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)	Histoire natur.	CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECIL.

Examineurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur.

MM. RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MES SŒURS

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

C. SHIRTLIFFE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BUREAU

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

*Témoignage de reconnaissance
pour ses excellents conseils.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAPPIN

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE LA LOIRE-INFÉRIEURE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RICHE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AIMES

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Qui a bien voulu nous fournir le
thème de cette thèse et nous guider
dans sa rédaction.*

A MON JURY DE THÈSE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DES FACULTÉ ET ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES ET DE MONTPELLIER

C. SHIRTLIFFE.

LES GREFFES

PAR SEMIS DERMO-ÉPIDERMiques

(PROCÉDÉ DE P. ALGLAVE)

INTRODUCTION

Les greffes sont un des procédés de réparation chirurgicale des plaies les plus importants, car, en pratique, nombreuses sont les pertes de substance que l'on observe.

Sans parler des innombrables plaies de guerre, inutilement laissées se cicatriser par seconde intention, ce qui a entraîné des traitements de très longue durée, nous voyons tous les jours des brûlures plus ou moins vastes, des plaies traumatiques ou opératoires très étendues qui relèvent de la greffe.

La greffe diffère de l'*autoplastie* qui utilise un lambeau de tégument mobilisé et fixé, soit par *glissement* si on utilise l'élasticité de la peau qui est considérable, soit par *torsion du pédicule*, soit en amenant un lambeau pédiculé sur une plaie fort éloignée du plan où est prélevé le lambeau (méthodes française, indienne ou italienne).

La greffe est constituée par un lambeau cutané plus ou moins profond (composé d'une ou de plusieurs cou-

ches de la peau) complètement détaché du point où il a été prélevé.

Cette greffe peut être *autoplastique*, si le lambeau est prélevé sur le malade lui même, ce qui constitue la méthode de choix. Elle peut être *homoplastique*, si le donneur est un individu de la même espèce (greffe d'homme à homme) ; elle est *hétéroplastique*, si le lambeau est emprunté à un sujet d'espèce différente (greffe d'animal à homme).

La greffe cutanée peut être totale ou se limiter aux couches superficielles du tégument : *greffe dermo-épidermique*.

Il est à déplorer que les greffes ne soient pas utilisées plus couramment, tout praticien devrait pouvoir éviter à ses malades des pansements douloureux, une longue et inutile immobilisation.

Malheureusement, les divers procédés de greffes cutanées présentent des inconvénients sérieux. Tous sont assez délicats, ce qui fait hésiter à les utiliser, si la plaie n'est pas très étendue.

D'autre part, si la surface à greffer est très étendue, il s'agit alors de procéder à une importante intervention, qui fait encore reculer le praticien.

Un procédé nouveau a été décrit par M. Alglave, en 1907, procédé qui ne possède pas ces inconvénients. Il est simple et donne des résultats aussi bons que les méthodes classiques.

Le docteur Aimes, qui a eu l'occasion de l'utiliser souvent, nous a conseillé d'étudier ce procédé et nous a fourni d'intéressantes observations recueillies pour la plupart dans le service de M. le professeur Estor, où les petits malades bénéficient de l'application de ce procédé.

HISTORIQUE

La greffe est de date récente, puisque Blandin écrivait en 1836 : « Il y aurait folie à considérer la greffe, après séparation complète, comme un moyen possible d'autoplastie. »

Cependant déjà en 1746, Duhamel avait réussi quelques greffes animales.

En 1841 de Lintillac avait entrevu toute la valeur de la greffe.

Ce n'est qu'en 1869 que Reverdier, alors interne des hôpitaux de Paris, eut l'idée de greffer des *petits lambeaux d'épiderme* sur les plaies bourgeonnantes. Son procédé eut le plus grand succès et fut rapidement utilisé partout.

Fiddes et Nacy Ash imaginèrent la greffe *cornée* (1870), qui ne nécessite que la prise ou plutôt le râclage simple de lamelles épidermiques. Les cellules mortes qu'ils tentaient de greffer ainsi ne pouvaient leur donner de succès.

En 1872, Ollier remplaça les îlots épidermiques par des *lambeaux* cutanés recouvrant la totalité de la surface à greffer, tandis que Le Fort préconisait la greffe cutanée totale.

Thiersin préconisa, en 1874, la destruction de la couche superficielle des bourgeons charnus, en les enle-

vant à la curette, avant de placer les greffes d'Ollier, en même temps il perfectionna la technique de cet auteur.

On trouvera un très long exposé historique et la bibliographie très importante de la question des greffes dermo-épidermiques dans la remarquable thèse de Hérail. (Thèse de Montpellier, 1912, n° 80).

TECHNIQUE

M. Alglave utilise son procédé depuis 1901. Il l'a décrit pour la première fois en 1907, à la *Société anatomique de Paris*. (*Bulletin* du 22 mars 1907) et ensuite dans la *Presse médicale* (le 23 juillet 1917).

Le choix des greffes à appliquer a une grosse importance : les greffons sont pris sur *le sujet blessé lui-même*, car l'échec est fréquent quand les semis sont prélevés sur un autre sujet, et surtout, lorsqu'il y a une assez grande différence d'âge entre les deux personnes.

Voici la façon dont M. Alglave décrit sa technique :

« La région à laquelle j'accorde la préférence pour le prélèvement des greffons est celle du flanc. Elle me paraît offrir les avantages suivants : Elle est généralement dépourvue de poils, la peau y est élastique, souple, fine, bien vivace. Le prélèvement des semis s'y fait aisément, le pansement des petites plaies consécutives y est facile, la cicatrisation y est rapide, la région étant peu exposée à des frottements par le pansement.

Dans quelques cas, chez de jeunes femmes, j'ai dû, pour répondre à leur préférence, recourir à la face interne de la cuisse.

Quand on a besoin d'un grand nombre de semis pour couvrir la surface à réparer, on en peut aisément trouver 150, et davantage, en utilisant les deux flancs dans toute leur hauteur.

L'opération est indiquée, d'une façon générale, quand la réparation spontanée ne fait plus de progrès sensibles, toute la surface de la plaie étant recouverte d'une bonne couche de bourgeons charnus.

L'état de suppuration de la plaie a peu d'importance.

Pour l'intervention, le malade est soumis à l'anesthésie générale ou locale suivant l'étendue de la perte de substance à combler, et la plaie à greffer est lavée à l'éther, comme la région au niveau de laquelle on va prélever les semis.

Il ne faut pas employer la teinture d'iode pour faire l'asepsie de ces surfaces. Elle pourrait compromettre la vitalité des greffons, j'insiste sur ce point.

Et voici comment je procède :

Je creuse dans les bourgeons charnus de la surface à greffer, au moyen d'une curette de dimensions moyennes, un premier godet de 8 à 10 m/m. de diamètre environ, dont le fond répond au plan résistant, aponévrotique ou musculaire de la plaie et dont les bords sont formés des bourgeons charnus eux-mêmes.

Dans ce premier godet, où du sang s'accumule aussitôt, je vais déposer immédiatement un premier greffon prélevé sur la région choisie, au moyen d'une pince anatomique à griffes et d'un bistouri à lame fine et bien tranchante. Ce greffon ou semis doit avoir 6 à 8 mm. de diamètre et il doit être *dermo épidermique*, composé de la plus grande épaisseur du derme et des couches épidermiques de revêtement.

Le bistouri doit couper en travers dans le derme, laissant après son passage une surface blanchâtre, où perlent des gouttelettes de sang et non une surface jaunâtre qui montrerait que la peau a été prélevée dans toute son épaisseur.

Le greffon ainsi séparé et tenu dans la pince, est déposé dans le godet préparé sur la plaie pour le recevoir, comme le serait une graine dans un pot dont les bords vont la protéger pendant que l'humus du fond va la nourrir. Cet humus, c'est le sang accumulé dans le godet.

Dès que le greffon y est déposé, ce sang se coagule et le coagulum formé fixe sur place le semis qu'il va alimenter.

A ce moment, on voit s'arrêter le saignement qui se produisait dans le godet.

Pour continuer, on creuse un deuxième godet à 1 cm. 1/2 environ du premier et de même on prélève un deuxième greffon à 1 cm. 1/2 environ de celui qu'on vient de prendre.

Et ainsi de suite, les godets sont creusés à 1 cm. 1/2 environ les uns des autres et remplis à mesure par des greffons prélevés à une distance sensiblement égale.

Les dimensions que je viens d'indiquer pour les godets et les greffons, comme les distances où il faut les placer ou les prendre les uns des autres sont, après expérience, celles qui m'ont paru devoir être adoptées.

Quand la plaie à greffer est complètement ensemencée, il n'y a plus qu'à la recouvrir d'un pansement, comme la région où le prélèvement a été fait. On commence par celle-ci, cependant que le saignement de la première s'arrête et que dans chaque godet le coagulum sanguin achève de fixer le greffon qu'il va nourrir dans les jours qui suivront.

La région où on a pris les greffons est nettoyée du sang qui la souille avec de l'éther et on place à la surface des petites plaies, laissées par les prélèvements, une feuille de taffetas chiffon préalablement bouillie pendant quatre à cinq minutes et sur laquelle on dispose de la gaze et

du coton, maintenus par une bande. On continue par le pansement de la surface greffée et on peut, sans crainte de déplacer les semis déjà fixés et d'ailleurs bien protégés dans leurs godets, recouvrir le tout *également d'une feuille de taffetas chiffon* doublée d'une épaisse couche de gaze et de coton achevant la protection.

J'attache une grosse importance à l'emploi du taffetas chiffon qui recouvre les semis sans y adhérer et qu'on peut détacher aisément au lendemain de l'opération, sans risquer de les entraîner avec lui.

Chacun des pansements doit être renouvelé chaque jour. A ce moment, la surface greffée est lavée avec de l'eau bouillie qu'on *laisse tomber doucement* sur les greffes pour les débarrasser, ainsi que les parties qui les entourent, du suintement fibrino-purulent qui s'est accumulé sous le taffetas chiffon.

Quand le nettoyage est fait, il est bon de laisser les semis exposés à l'air pendant dix à quinze minutes avant de les recouvrir à nouveau. L'air les vivifie et active le travail de prolifération épidermique qui s'y accomplit. Il en est de même des rayons solaires. On refait ensuite le même pansement au taffetas chiffon et on le continuera jusqu'à guérison complète.

Deux ou trois jours après l'opération, on voit les semis perdre leur couche épidermique la plus superficielle. Elle se détache sous l'aspect d'une mince pellicule blanchâtre, qui laisse au-dessous d'elle des greffons dont la coloration témoigne de la vitalité. En même temps, les bourgeons charnus qui les entourent s'affaissent et deviennent plus fins et plus serrés.

Quelques jours encore et les greffons s'étalent, cependant que, de leurs bords, des travées épidermiques rayonnent et recouvrent déjà, d'un vernis visible à jour

frisant la couche des bourgeons charnus interposés aux semis et qui a subi les modifications qu'on vient de lire.

De cet aspect on peut conclure que la réparation est en bonne voie. Bientôt les semis s'élargissent, leurs travées épidermiques se rejoignent, formant de petits ponts blanchâtres, qui vont de l'un à l'autre, ou qui se portent vers le liséré cicatriciel des bords de la plaie, lequel travaille lui-même avec activité à la réparation.

L'épiderme, néoformé de toutes parts, prend épaisseur et consistance, ce pendant qu'au-dessous de lui des éléments dermiques se reforment dans les points où la peau manquait. Ainsi, on voit peu à peu apparaître une peau nouvelle dont les qualités et la coloration redeviennent avec le temps identiques à la peau saine du voisinage et sans qu'il y ait, à aucun point, formation de bride cicatricielle rétractile.

Le procédé que je viens de décrire m'a, pour ainsi dire, donné le succès dans tous les cas où je l'ai employé, et en particulier chez des sujets où d'autres méthodes de greffe avaient échoué. J'ai eu de très belles guérisons, obtenues en quinze jours, trois semaines, six semaines au maximum, même avec des pertes de substances très étendues.

Il est bon, quand la réparation est complète, de pratiquer le *massage quotidien* des territoires greffés pour leur rendre la souplesse et l'élasticité désirables. »

On voit combien est simple le procédé de M. Alglave, rien n'est plus facile et plus rapide que d'enlever les greffons pour les déposer dans le godet préalablement creusé dans les bourgeons charnus.

Aucune instrumentation spéciale n'est nécessaire, l'anesthésie locale peut suffire s'il s'agit de greffer une plaie peu étendue.

D'autre part, il est possible de recouvrir très simplement de vastes surfaces, grâce à l'exiguité et à l'espace-ment des greffons.

Dans les observations que nous rapportons, quelques points méritent d'être soulignés.

Les pansements n'ont pu être faits à l'aide de taffetas chiffon. Celui-ci a été remplacé par du tulle gras Lumière : ce pansement tout préparé est constitué par une trame de tulle imprégnée de matières grasses. On applique une ou plusieurs feuilles directement sur la plaie qu'il recouvre sans y adhérer.

Les pansements sont rendus ainsi très faciles, car le tulle gras s'enlève aisément, sans occasionner de douleurs au malade et sans faire saigner les bourgeons charnus.

Grâce à ce pansement protecteur, on n'a pas à s'occuper de la plaie du flanc qui se cicatrise rapidement.

M. Alglave recommande d'exposer les greffons à l'air qui les vivifie. Dans la plupart de nos observations, les plaies ont été exposées au soleil. Cette héliothérapie qui fut, dans ces cas, purement locale ou régionale, eut la plus heureuse influence sur l'évolution des greffons. Elle entraîne toujours un certain degré d'hyperémie des téguments, qui favorise la prise des greffons, et accroît leur vitalité et leur puissance de rayonnement épidermisant. Par son action microbicide, elle agit sur les bourgeons charnus de la plaie et évite bien des échecs ; dans des plaies encore infectées, il est exceptionnel de voir un greffon s'éliminer si on utilise le bain de soleil.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Toutes les plaies à cicatrisation lente, toutes les pertes de substance impossibles à réunir soit primitivement, soit secondairement, relèvent de cette méthode de greffe.

Les vastes surfaces cruentées résultant de brûlures étendues sont ainsi rapidement guéries.

Le même procédé a même été utilisé par M. Aimes dans les plaies atones et les cicatrices ulcérées si fréquentes dans les hôpitaux pendant la guerre, et contre lesquelles on avait essayé sans succès les traitements les plus variés. La guérison fut obtenue simplement dans ces cas de plaies rebelles, dans ces mauvais tissus.

Toutes les plaies ne seront pas traitées, évidemment, par les greffes dermo-épidermiques : les plaies de la face, les cicatrices vicieuses para-articulaires ayant entraîné des attitudes vicieuses, réclament de préférence des autoplasties ou de larges greffes d'Ollier.

M. Aglave signale comme contre indications, le mauvais *état général* du malade et les *maladies générales*.

Le mauvais état général du malade n'empêche pas toujours les greffes de réussir, et notre observation I concerne un convalescent de broncho pneumonie grippale très grave ; c'est cependant un magnifique succès.

L'influence des infections générales paraît prouvée par

l'observation suivante de M. Aglave, où il semble que la syphilis héréditaire ait été en cause :

OBSERVATION (P. Aglave)

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, grande et bien développée, paraissant jouir d'une bonne santé et qui présentait une perte de substance cutanée complète d'un avant-bras et du dos de la main, par une brûlure datant de plusieurs mois.

Dans une première intervention, j'avais pratiquée, sur toute l'étendue de la surface lésée, près d'une centaine de semis dermo épidermiques.

Ces semis, bien que restés vivants, n'avaient pas donné, après quinze jours à trois semaines, le résultat que j'avais escompté. A ce moment, les croyant insuffisants, j'en avais pratiqué d'autres et en quantité à peu près égale en les interposant aux premiers.

Après plusieurs semaines encore, et contrairement à tout ce que j'étais habitué à voir, tous ces semis se trouvaient comme enfouis dans les bourgeons charnus qui les entouraient. Très étonné de cet échec, l'idée me vint que peut être il y avait une cause d'ordre général qui s'opposait à la prolifération des greffons et j'interrogeai la famille de la malade, au sujet de ses antécédents. J'apprenais ainsi que le père de cette jeune fille avait succombé quelques années auparavant à des accidents de paralysie générale.

Sur cette notion et bien qu'il n'y eut chez la malade aucun stigmate de syphilis héréditaire, j'instituai un traitement mixte au mercure et à l'iode de potassium.

Dès ce moment, ce fut, si je puis dire, comme une résurrection des semis que j'avais faits dans les deux séances opératoires.

En quelques jours les bourgeons charnus exubérants qui enfouissaient les semis, s'affaissaient et, ceux ci, redevenus vivaces, s'élargissaient et proliféraient avec une activité surprenante, pour donner, en un mois, une guérison aussi satisfaisante que possible.

Un point important mérite d'être mis en valeur, c'est la nécessité de prélever les greffons sur le sujet à greffer. Même avec un proche parent on peut avoir un échec, et l'observation suivante en est un exemple frappant :

OBSERVATION (P. Alglave)

J'ai eu vers 1904 à donner mes soins à un enfant de 4 à 5 ans qui présentait une plaie du cuir chevelu consécutive à un traumatisme et datant de plusieurs mois.

Comme je proposais à la mère de réparer cette plaie par des greffes, elle accepta, à la condition que je les prélèverais sur elle même.

Je crus devoir me rendre à son désir et je pratiquai une première opération en prenant mes semis à la face interne d'une de ses cuisses. (Elle était âgée de 30 ans environ).

Bientôt je constatais que les greffons ne mourraient pas du fait de leur transplantation sur le crâne de l'enfant, mais qu'ils ne se développaient pas et que même ils disparaissaient peu à peu comme par résorption.

Cette première tentative ayant échoué, je recommençais, en prélevant à l'autre cuisse de la mère des ilots plus larges que les premiers. Le résultat fut le même.

Devant ce deuxième échec, nettement caractérisé après douze à quinze jours, la mère de l'enfant consentit à me laisser tenter une troisième opération pour laquelle je prendrais les semis sur le petit blessé lui-même.

Dans ces conditions le succès fut rapide et satisfaisant.

Mieux que toute discussion théorique, les quelques cas suivants, très démonstratifs, choisis parmi un nombre important d'observations, montreront l'intérêt pratique qui s'attache au procédé d'Alglave.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

(Dues à l'obligeance de M. le Dr Aimes, chef de clinique)

OBSERVATION PREMIÈRE

D. Nicolas, 31^e bataillon de chasseurs, vient de faire une très grave broncho-pneumonie pour laquelle on a dû pratiquer deux abcès de fixation. Ceux-ci ont évolué vers une grosse collection qui a été incisée. Il en résulte sur la face externe des deux cuisses deux plaies bourgeonnantes très lentes à se cicatriser.

Sur la cuisse droite, greffes d'Alglave le 21 août 1917.

Sur la cuisse gauche, greffes d'Alglave le 30 août 1917.

De ce côté l'étendue de la plaie est considérable, elle mesure, en effet, vingt-quatre centimètres et demi de longueur sur onze centimètres de largeur. La cicatrisation est obtenue complète *en dix sept jours*, malgré l'état général mauvais du sujet.

OBSERVATION II

D., 21^e d'infanterie, jeune soldat de 19 ans, entre à l'hôpital pour un volumineux lymphagisme de la région sus-malléolaire droite.

La tumeur mamelonnée et adhérente à la peau est très étendue, elle embrasse le cou-de-pied sur presque toute sa circonférence.

Le 21 mai 1917, le lymphangisme est extirpé en totalité, ce qui exige un sacrifice très important des téguments.

Les méthodes autoplastiques n'étant pas faciles à réaliser dans cette région, on pratique quelques jours après l'opération (où l'on a réuni aussi bien que possible les téguments à distance) des greffes par semis épidermiques, avec un succès complet.

OBSERVATION III

Un jeune garçon de 12 ans est renversé par une automobile, qui lui fait deux plaies contuses du mollet gauche et de la cuisse gauche.

L'enfant entre dans le service de M. le professeur Estor où l'on diagnostique un début de gangrène gazeuse.

Dès l'entrée, on pratique une large intervention sur les deux plaies. Au niveau du mollet, l'excision des parties molles a été si étendue qu'une dangereuse cicatrice en virole est à redouter.

Dès que la plaie est en plein bourgeonnement, elle est recouverte de greffes par semis dermo-épidermiques, qui permettent d'obtenir une excellente cicatrice, souple, non rétractile.

OBSERVATION IV

Un enfant de six ans entre dans le service de M. le professeur Estor pour une vaste brûlure étendue à toute la partie droite du thorax, dépassant en arrière la colonne vertébrale, dépassant en avant le sternum.

La totalité du bras droit, depuis le moignon de l'épaule jusques et y compris le coude, a été brûlée.

La cicatrisation s'opère très lentement et on craint

une symphyse thoraco-brachiale. Les pansements sont très douloureux, le malade saigne chaque fois qu'on lui renouvelle ses gazes ; le traitement est d'une longueur désespérante.

On pratique enfin des greffes dermo-épidémiques, grâce au tulle, gras Lumière les pansements ne sont plus douloureux, les bourgeons charnus ne saignent plus et la cicatrisation s'opère rapidement.

OBSERVATION V

Une jeune fille de 15 ans est happée par sa chevelure, dans une usine, par une machine en mouvement. Elle est scalpée depuis les sourcils jusqu'à la nuque.

Pendant trois ans elle a subi les traitements les plus variés, elle a changé d'hôpital à plusieurs reprises ; on n'arrive pas à obtenir la cicatrisation de cette vaste surface cruentée. Dès qu'une partie est recouverte d'une cicatrice, celle-ci ne tarde pas à s'ulcérer.

Elle nous est adressée à l'âge de 18 ans, son crâne est recouvert de bourgeons charnus sur la plus grande partie de sa surface, ces bourgeons secrètent du pus en abondance. Les pansements sur cette surface très enflammée sont horriblement douloureux et arrachent des cris à la malade.

Après échec des traitements habituels, des pommades, des pansements humides, on essaye les greffes d'Alglave. Après désinfection soignée de la région cruentée, on pratique cette greffe en deux temps avec un succès rapide.

OBSERVATION VI

Le 5 octobre 1920, un jeune homme de 17 ans a le pied droit écrasé par une roue de charette lourdement chargée.

Il est adressé à la Clinique de M. le professeur Estor, où l'on constate à son entrée une perte de substance à peu près totale des téguments de la face dorsale du pied.

La cicatrisation par bourgeonnement est très lente et en novembre, elle ne fait plus de progrès.

Le 15 novembre cette surface cruentée est recouverte de greffes par semis dermo-épidermiques, et on remarque nettement chez ce malade que non seulement chacune des greffes devient le centre d'un îlot d'épidermisation qui s'élargit rapidement, mais encore qu'il y a *excitation du liseré périphérique*, qui s'était arrêté dans sa progression, et le malade sort de la clinique complètement guéri en moins de *vingt jours*.

Ces résultats sont véritablement remarquables, car ces observations ont été choisies à dessein parmi les plus démonstratives. Il s'agit dans tous les cas de plaies très difficiles à guérir :

Vastes plaies chez un sujet, convalescent à peine d'une infection fort grave.

Plaies à peu près circonférencielles des membres, pour lesquelles les méthodes autoplastiques présentent de grosses difficultés d'application et exigent des malades une patience considérable à cause de l'emploi à peu près obligatoire d'un appareil plâtré fort gênant.

Brûlure étendue menaçant le sujet d'une symphyse thoraco-brachiale avec bourgeons charnus saignant au moindre contact.

Plaie ancienne, infectée, très douloureuse, du cuir chevelu, avec échec pendant de longs mois de tous traitements et récides rapides après guérison par ulcération des cicatrices.

Nous rapprochons de cette dernière observation les cas

de plaies atones et de cicatrices ulcérées dans lesquelles les greffes par semis dermo-épidermiques ont donné une rapide guérison.

Il s'agit donc d'une méthode très précieuse, parce que d'une grande simplicité, bien plus facile à appliquer que les divers procédés classiques de greffes, et tout aussi efficace.

Nous pensons que ces avantages la feront apprécier et entrer largement dans la pratique courante, car le nombre est grand des plaies étendues, des plaies à cicatrisation retardée, des vastes brûlures, etc., qui exigent des traitements de longue durée, qui font souffrir les malades à chaque pansement pour aboutir souvent à des cicatrices vicieuses, difformes ou compliquées.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
